



Ziele und Umfang des Audits

Ziel des Audits im Unternehmen ist die Beurteilung der Angemessenheit und Verwirklichung der dokumentierten Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems zur Erfüllung der Anforderungen der Zertifizierungsgrundlage. Ein weiteres Ziel ist die Entwicklung von Empfehlungen für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess der Organisation.

Die während des Audits im Auditprotokoll handschriftlich dokumentierten Feststellungen, Beobachtungen und Aussagen der Befragten sind in diesem Auditbericht zusammengefasst. Neben den Verweisen auf die betreffende Qualitätsdokumentation enthält der Bericht Hinweise auf festgestellte Schwachstellen bzw. erkannte Entwicklungspotenziale. Diese sollen dem Unternehmen für den weiteren Entwicklungsprozess des QM-Systems dienen und den Auditoren Hinweise zur Durchführung der nachfolgenden Audits geben. Aufgrund des Stichprobencharakters eines Audits besteht die Möglichkeit, dass weitere als die in diesem Audit erkannten Schwachstellen oder Abweichungen bestehen.

Falls Abweichungen vorhanden sind, müssen diese innerhalb des festgelegten Zeitraums nachweislich beseitigt werden, um die Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems zu ermöglichen bzw. aufrechtzuerhalten.

Firma:	Evangelische Altenheimat	
Anschrift:	D-70435 Stuttgart, Schwieberdinger Straße 5	
Standorte:	Anlage Heimverzeichnis	
Auditierte Standorte:	Hauptverwaltung in Zuffenhausen Stiftung Evangelische Altenheimat Philipp-Paulus-Heim (PPH), Pfarrstraße 39, 70734 Fellbach Evangelische Altenheimat gGmbH, Seniorenzentrum am Rosengarten (SAR), Hindenburgstraße 2, 71149 Bondorf Altenheimat gemeinnützige GmbH, Seniorenzentrum Schmiden (SZS), Tournonstraße 1, 70736 Fellbach-Schmiden	
Geltungsbereich:	Anlage Standortübersicht	
Scope	38/2	
Beauftragte(r):	QMB, Frau Esther Wolf	
Anzahl der Mitarbeiter:	790 entsprechend ca. 480 Vollzeitstellen	
Schichtbetrieb:	Ja	
Zeitraum des Audits:	12., 13. und 15.07.2011	
Auditgrundlage:	ISO 9001:2008	
Dokumentation:	Management-Handbuch Ausgabe: 2011 HB Arbeitsleitlinien: 2011	
Ausschlüsse:	keine	
Leitender Auditor:	Dr. Claus Offermann	Tel.: (0711) 6406892
Co-Auditor:	Petra Benesch	Tel.: (0711) 4708455

- Art des Audits:**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zertifizierungsaudit | <input type="checkbox"/> Nachaudit |
| <input type="checkbox"/> Überwachungsaudit | <input checked="" type="checkbox"/> Rezertifizierungsaudit |
| <input type="checkbox"/> Erweiterungsaudit | <input type="checkbox"/> Voraudit |

Das Audit wurde gemäß Auditplan durchgeführt. Die im Auditplan aufgeführten Verantwortlichen standen als Ansprechpartner im Audit zur Verfügung.

1. Phase des Rezertifizierungsaudits

Die Evangelische Altenheimat (EAH) ist Mitglied des Diakonischen Werkes Württemberg mit Hauptsitz in Stuttgart und Träger von 13 Senioreneinrichtungen, mit ca. 900 Pflegeplätzen sowie 300 Betreuten Wohnungen. Das Unternehmen besteht aus der Stiftung Evangelische Altenheimat, ihren Tochtergesellschaften der Evangelischen Altenheimat gGmbH, der Wohnstift Mönchfeld gGmbH und der Altenheimat gemeinnützige gGmbH. Die EAH ist seit 1996 ohne Unterbrechung zertifiziert nach ISO 9001. Die letzte Rezertifizierung fand im Jahr 2008 zum ersten Mal mit ZertSozial statt. Den Auditoren von ZertSozial ist die EAH gut bekannt.

Im Januar 2011 fand mit dem Leiter der Zertifizierungsstelle und dem Auditleiter ein Vorgespräch statt, bei dem der Vorstand und die Qualitätsmanagementbeauftragte die Bereitschaft der EAH abklärten, eine weitere Rezertifizierung in Angriff zu nehmen. Dabei wurde auch vereinbart, die Wirkung von spezifischen Verbesserungsprozessen, die von der Hauptverwaltung initiiert worden waren, auf die Arbeitsprozesse in den Einrichtungen zu auditieren. Im Vorfeld des Audits wurde den Auditoren die aktuelle Fassung des QM-Handbuchs und die dazugehörigen Arbeitsleitlinien sowie die Managementbewertung und die Internen Auditergebnisse zur Verfügung gestellt.

2. Phase des Rezertifizierungsaudits

4 Qualitätsmanagementsystem

Feststellungen

Das QMS von EAH ist in einer dreiteiligen schlanken QM-Dokumentation prozessorientiert hinterlegt. Eine enthaltene Cross-Referenztafel stellt den Bezug zur ISO 9001:2008 her.

Die Handbücher bilden die verbindlichen Arbeitsgrundlagen für alle Mitarbeitenden bei EAH. Im Wesentlichen enthält die Dokumentation allgemein gültige organisatorische Vorgaben und Standards der Geschäftsführung sowie eine Beschreibung der Kernprozesse, die durch ihren übergreifenden Charakter für alle Bereiche und Einrichtungen der EAH verbindlich sind. Sie sind für alle Nutzer und Anwender verständlich formuliert und gut nachvollziehbar. Auf dieser Ebene wird das QMH direkt von der Qualitätsmanagementbeauftragten gepflegt und verantwortet. Auf der Ebene der Einrichtungen sind einrichtungsspezifische Regelungen als Ergänzung zu den übergreifenden Regelungen möglich. Beispielhaft sind hier die Hauskonzepte der Einrichtungen zu nennen.

Das System zur Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen wurde anhand von Beispielen nachvollzogen. Das QMH sowie das Handbuch Arbeitsleitlinien befinden sich pro Standort in jedem Arbeitsbereich. Formulare/Verträge werden in jeder Einrichtung einmal vorgehalten und können zudem mittels PC am Arbeitsplatz nach Bedarf abgerufen werden. Die Aktualisierung der einrichtungsspezifischen Formulare erfolgt laufend zentral durch die QMB. Hinsichtlich dem Stand und der Kennzeichnung von Vorgabe- und Nachweisdokumenten, insbesondere einrichtungsintern, weisen die Einrichtungen weiterhin Verbesserungspotentiale auf. Die in Stichproben eingesehene Nachweisführung war überwiegend dokumentenecht geführt. Die Zugriffsrechte sind gewährleistet sowie die Verantwortlichkeiten für die Freigabe und Aktualisierung festgelegt. Anforderungen zur Datensicherung werden beachtet.

Die im letzten Überwachungsaudit angemerkten Hinweise wurden zur Kenntnis genommen und in den Regelungen der EAH verarbeitet.

Obwohl die Regelungen an manchen Stellen sehr ehrgeizig sind und nicht vollständig eingehalten werden, handelt es sich insgesamt um ein vertrauenswürdiges Managementsystem, das geeignet ist, die von der GF und Hauptverwaltung gesetzten Ziele zu erreichen. Das Zertifikatssymbol wird regelgerecht verwendet.

Akzeptabel (Hinweis)

H 1: Alle internen Formulare müssen gelenkt werden. Verbesserungspotenziale bei der Lenkung der Dokumente fanden sich in drei der vier auditierten Bereiche. ISO 9001:2008, 4.2.3)

H 2: Die Nachweisführung muss dokumentenecht erfolgen - Bleistifteintragungen sind zu vermeiden. (ISO 9001:2008, 4.2.4)

H 3: Die Organisation sollte sich an ihre eigenen Regelungen halten oder – sofern sie gesetzlich oder nach ISO 9001 nicht unabdingbar sind – der machbaren Situation angepasst werden. (ISO 9001:2008, 4.1)

5 Verantwortung der Leitung

Feststellungen

Die EAH ist ein innovativer Träger diakonischer Altenhilfe und ein ständig lernendes Unternehmen. Durch konzeptionelle und bauliche Veränderungen sowie interne und externe Fort-, und Weiterbildungsangebote reagiert das Management auf die sich ständig verändernden Wünsche, Bedürfnisse und Anforderungen der BewohnerInnen und ihrer Interessenspartner. Die Angebote der Häuser werden kontinuierlich weiterentwickelt und dem Bedarf entsprechend umgesetzt. Das diakonische Unternehmen expandierte in den letzten Jahren sehr stark. Es erweiterte sein Angebot seit 2004 von ca.400 Altenpflegeplätzen auf ca.1000 Plätze bis 2011. Es kamen zahlreiche ergänzende Angebote hinzu.

Eine große Herausforderung ist und bleibt die Konsolidierung des diakonischen Trägers. Diese Phase steht im Fokus der Geschäftsführung und ist noch nicht abgeschlossen. Die Balance zu halten zwischen wirtschaftlichem Handeln und neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Konsolidierung und maßvollem Wachstum, sind die obersten Ziele des Managements. Nach Aussagen des Vorsitzenden der Gesamtmitarbeitervertretung befindet sich der Träger auf einem guten Weg. Er äußert sich positiv über die MA-Zufriedenheit bei EAH. Die Zusammenarbeit mit der GF wird als sehr angenehm, partnerschaftlich empfunden. Die überarbeitete Geschäftsordnung, bedingt durch den Wechsel in der Geschäftsführung, ist vom Stiftungsrat noch nicht freigegeben.

Bezüglich Kundenorientierung im Sinne von Marketing verfügt die EAH über eine Verfahrensweisung, die die Vielschichtigkeit der Bemühungen der Organisation um die Positionierung der EAH im Markt zeigt. Während des Audits konnte nachvollzogen werden, welche Termine einer der beiden Vorstände vor allem bei kommunalen Stellen wahrnahm. Auch die gute Förderung des Bauvorhabens in Fellbach durch die öffentliche Hand ist mit auf die umsichtige Öffentlichkeits- und Beziehungsarbeit der Leitung zurückzuführen. (ISO 9001:2008, 5.2)

Die EAH hat ein Leitbild mit neun Leitsätzen, aus dem sich Qualitätsziele und Hauskonzepte ableiten lassen. Jede Einrichtung verfügt über eine Hauskonzeption in der die Spezifika der Einrichtung dargestellt sind. Die Pflegekonzeption ist bedürfnisorientiert und vom Medizinischen Dienst als Vorgabe akzeptiert. (ISO 9001:2008, 5.3)

Die Leitungsrunde zusammen mit dem Vorstand formulierte in ihrer Klausur am 18./19.11.10 (12 Seiten) die Ziele für das Jahr 2011, die sich an den langfristigen Unternehmenszielen orientiert, wie sie im QM-Handbuch (5.03) festgelegt sind. Die Verzahnung der heimspezifischen Planungen, wie z.B. das Wohngruppen-Konzept in Schmiden, mit dem Pflegekonzept des Trägers, ist allerdings nicht an allen Stellen nachvollziehbar. (ISO 9001:2008, 5.4)

Das Organigramm und die Stellenbeschreibungen geben die Struktur der Verantwortung und Befugnisse wieder, wie sie in der Hauptverwaltung und in den Einrichtungen im Rahmen des Audits vorgefunden wurden. Die Stelle der QM-Beauftragten ist besetzt und sie hat regelmäßig Zugang zu den beiden Vorstandsmitgliedern. Für die gesamte Organisation gibt es eine Kommunikationsmatrix, die

für die einzelnen Gremien Ziele, Aufgaben und regelmäßige Termine festlegt. Die Einrichtungen verfügen über einrichtungsspezifische Besprechungen, die ebenfalls in einer Matrix dargestellt sind. Darüber hinaus gibt es in allen auditierten Stellen kurze Informationswege, die auf ihre Effizienz hin überprüft werden sollten (ISO 9001:2008, 5.5)

Am 8.7.2011, wurde die Managementbewertung für den gesamten Träger für das Jahr 2010 fertiggestellt. Diese Managementbewertung nimmt die Bewertungen der einzelnen Einrichtungen nach den Kategorien Leistungsangebot, Mitarbeiter und wirtschaftliche Entwicklung auf, geht auf die Umsetzung der Unternehmenspolitik und die Unternehmensstrategien im Vorjahr sowie die mittel- und langfristige Unternehmensplanung ein. (ISO 9001:2008, 5.6)

Akzeptabel (Hinweis)

H 4: Die Jahresziele müssen möglichst messbar formuliert sein. Die Terminierung sollte präziser sein, um ein Controlling zu ermöglichen. (ISO 9001:2008, 5.4)

H 5: Wenn die Hauskonferenzen als zentrales Medium für die Führungskräfte der Einrichtung dienen, dann sollten dort auch die wichtigen Fragen, wie z.B. Änderungen der Taschengeldverwaltung, besprochen, entschieden und dokumentiert werden. (ISO 9001:2008, 5.5.3)

H 6: Die strategischen Ziele, Vorhaben und Entscheidungen der EAH müssen im Interesse der Rückverfolgbarkeit regelmäßig dokumentiert werden, um sie zu verifizieren und validieren zu können. (ISO 9001:2008, 5.5.3)

H 7: Für die Managementbewertung werden manche geforderte Eingaben nur im Ansatz in die Bewertung aufgenommen. Die Maßnahmen, die aus der Managementbewertung erfolgen, müssen überprüf- und rückverfolgbar sein. (ISO 9001:2008, 5.6)

Empfehlungen

E 1: Ziele sollten auch für Besprechungen auf Einrichtungsebene formuliert werden. (ISO 9001:2008, 5.6)

E 2: Bezüglich der vier vakanten Wohnbereichsleitungsstellen (1 SZS, 3 PPH) sollten zeitnah Personalbeschaffungsmaßnahmen eingeleitet werden, um einerseits Verantwortung und Befugnisse sicherzustellen und andererseits das Risiko der Überforderung der MitarbeiterInnen zu begrenzen. (ISO 9001:2008, 5.5.1)

E 3: Für die neugeschaffene Stelle „Assistenz der Personalleitung“ sollte eine Stellenbeschreibung vorliegen. (ISO 9001:2008, 5.5.1)

E 4: Die ISO 9001:2008 in Verbindung mit den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtung-internen QM nach § 113 SGB XI in der vollstationären, teilstationären Pflege vom 27. Mai 2011 sollte auf allen, insbesondere der Führungsebene, bekannt sein. (ISO 9001:2008, 5.1 und 5.5.2).

E 5: In Protokollen sollten, wie von der EAH geregelt, Verantwortlichkeiten und Termine für die Erledigung der Aufgaben festgelegt werden (ISO 9001:2008, 5.5.3)

E 6: Im Vorwort des Vorstandes, das auch vom Vorstand unterschrieben ist, könnte im Sinne der Selbstverpflichtung der Leitung (ISO 9001, 5.1) deutlicher auf die Bedeutung von Qualitätsmanagement für den Vorstand eingegangen werden.

6 Management von Ressourcen

Feststellungen

Derzeit sind in den überprüften Einrichtungen insgesamt vier Wohnbereichsleitungsstellen (1 SZS und 3 PPH) vakant, was für die Pflegedienstleitung eine deutliche Mehrbelastung darstellt. Der Anteil von Pflegefachkräften liegt in den geprüften Einrichtungen bei ca. 60 %. Die Einrichtungen weisen zudem spezialisierte Fachkräfte vor u.a. Palliativcare, Gerontopsychiatrie, Inkontinenzmanagement und Wundmanagement. Auszubildende werden von erfahrenen Praxisanleitern begleitet. Unterstützt werden die Dienstleistungen durch Einbindung von Alltagsbegleitern und zahlreichen Ehrenamtlichen. Die Anforderungen der ISO 9001:2008 zu Kompetenz, Schulung und Bewusstsein werden weitgehend erfüllt. Gesetzlich geforderte Schulungen werden in Form eines Jahresfortbildungsprogramms von EAH zentral gesteuert. Dieses wird in der Einrichtung durch weitere Fortbildungsangebote ergänzt angeboten. Eine Fortbildungs-Wirksamkeitsprüfung erfolgt in den geprüften Einrichtungen derzeit im Ansatz. Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter konnte mittels Checkliste in Stichproben nachvollzogen werden. Diverse Fachliteratur steht den Mitarbeitern in den Einrichtungen zur Verfügung. Neue Erkenntnisse werden zeitnah vermittelt.

Das jährliche Personalentwicklungsgespräch wird derzeit noch nicht mit allen Mitarbeitenden nachweislich geführt.

Im Rahmen der Infrastruktur spielt die Haustechnik für die Aufrechterhaltung der Infrastruktur eine große Rolle. Die ungeplante Stichprobenuntersuchung der Haustechnik in Fellbach brachte eine sehr gut geordnete Hausmeisterei, die von einem Elektriker geführt wird, zu Tage, die zeitnah auf die Anforderungen der BewohnerInnen und der MitarbeiterInnen reagiert, die Steuerung der externen Dienstleister im Griff hat und die Dokumente und Aufzeichnungen sehr sorgfältig führt. (ISO 9001:2008, 6.3)

Das in einer Stichprobe überprüfte Notfallmanagement im Pflegebereich weist noch Verbesserungsbedarf auf. Gesundheits-, Arbeitsschutz und in Teilen das Hygienemanagement sind bei EAH zentral geregelt und gesteuert. Die während des Audits beobachtete Personalhygiene in den Einrichtungen bezüglich Dienstkleidung, Schutzkleidung und Schmuckregelung entspricht weitgehend den Hygieneanforderungen. Die ausgewiesenen Ersthelfer in den Einrichtungen entsprechen noch nicht den gesetzlichen Anforderungen. (ISO 9001:2008, 6.4)

Akzeptabel (Hinweis)

H 9: Die Mitarbeiter-Jahresgespräche müssen nach den Vorgaben der EAH durchgeführt werden. . (ISO 9001:2008, 6.2)

H 10: Ersthelfer müssen geschult und in ausreichender Anzahl, wie gesetzlich vorgeschrieben, nachgewiesen werden. (ISO 9001:2008, 6.2 und 6.4)

H 11: Es muss gewährleistet werden, dass Notfallgeräte und Zubehör ((O2/Oxymat, Absauggerät, EH-Kasten) ausgewiesen, jederzeit auffindbar, staubgeschützt verwahrt und einsatzbereit sind. . (ISO 9001:2008, 6.3)

H 12: Defekte Pflegehilfsmittel müssen als defekt gekennzeichnet und aus dem Verkehr gezogen werden. (ISO 9001:2008, 6.3)

Empfehlungen

E 7: Eine nachweisliche Wirksamkeits- und Wissenstransferprüfung nach Fort- und Weiterbildungen sollte gezielter erfolgen (ISO 9001:2008, 6.2)

7 Produktrealisierung (Realisierung der Dienstleistung)

Feststellungen

Die Ablauforganisation der Einrichtungen ist für alle Mitarbeitenden weitgehend transparent in Form von Arbeitsleitlinien, Dienstplänen, Ablaufplänen, einrichtungsinternen Zusatzinformationen sowie der Pflegedokumentation hinterlegt. Jeder Bewohnerdokumentation ist eine Bezugspflegekraft zugewiesen.

Der Beschaffungsprozess einschließlich des Vorgehens bei Lieferantenbewertungen ist in Arbeitsleitlinien festgelegt. Der in Stichproben nachvollzogene Beschaffungsprozess in der Pflege und Hauswirtschaft weist noch Verbesserungspotential auf. Die Lieferantenbewertungen werden in effizienter und übersichtlicher Weise durch die Verantwortlichen der einzelnen Bereiche durchgeführt und zentral bei der Leitung für Einkauf / Bauwesen zur Auswertung zusammengeführt. Daraus resultierende Konsequenzen konnten ebenfalls transparent belegt werden.

Jede Einrichtung verfügt über Informationsbroschüren mit Leistungsbeschreibungen und Preisangaben. Im standardisierten Heimvertrag werden nach Bedarf zusätzliche Leistungen vereinbart. Die Kennzeichnung des Bewohnereigentums obliegt bis auf Hilfsmittel dem Bewohner bzw. dessen Angehörigen. Dies konnte in Stichproben gut nachvollzogen werden.

Durch Beobachtungen, Befragung der Bewohner, des Heimbeirats und eines Kooperationspartners während des Rezertifizierungsaudits wurde der Eindruck einer kompetenten, sehr zugewandten und umfassenden Versorgung der Bewohner/innen im Rahmen der Gruppenpflege positiv bestätigt. Die Bewohner/innen fühlen sich liebevoll umsorgt, Kundenwünsche werden soweit möglich erfüllt.

Auf der Grundlage des Pflegemodells nach M. Krohwinkel sowie gesetzlicher Vorgaben, konnte der Pflegeprozess in Stichproben von der Bewohneraufnahme, Dienstleistungsplanung, individuellen Versorgung bis hin zur Evaluation weitgehend nachvollzogen werden. Hinsichtlich der Informationssammlung und der Darlegung des individuellen Schmerzmanagementverlaufs zeigt sich in der Pflegedokumentation noch Verbesserungsbedarf.

Der gesetzeskonforme Umgang mit Betäubungsmitteln ist vorbildlich und konnte in Stichproben sehr gut nachvollzogen werden.

Die Lenkung von Überwachungs- und Messmitteln in den Einrichtungen erfolgt ebenfalls den Vorgaben entsprechend.

Für Aktivierungsangebote stehen den Mitarbeitern der Beschäftigungstherapie bzw. des Sozialdienstes kompetente Alltagsbegleiter wie auch zahlreiche Ehrenamtliche zur Seite. Bei der Angebotsauswahl werden Bewohnerwünsche berücksichtigt sowie kognitive Fähigkeiten einbezogen. Die Bewohner/innen werden über Aushänge und persönlich über das aktuelle Angebot informiert und zur Teilnahme motiviert. Das derzeitige Angebot erreicht alle Bewohner. Der Verlauf konnte an Hand der eingesehenen Dokumentation für die Gruppe wie auch individuell weitgehend nachvollzogen werden. Die Speiseversorgung in den Verteilerküchen wird mittels Cook & Chill-Verfahren sichergestellt. Bei der Speiseplanung wird auf eine abwechslungsreiche, ausgewogene, altersgerechte sowie bewohnerorientierte Zubereitung geachtet. Wahlmöglichkeit bestehen zu den Menükomponenten bei der Speiseausgabe. Das Mittagessen erfolgt per Schöpfsystem, Frühstück, Zwischenmahlzeiten und Abendessen werden individuell bewohnerorientiert nach Essenskarten zusammengestellt. Den Bewohner/innen werden ausreichend kostenlose Getränke angeboten. Hilfsmittel werden individuell eingesetzt.

Der Ablauf in der Verteilerküche konnte von der Wareneingangsprüfung, Lagerung, Zubereitung, Ausgabe, Entsorgung der Speisereste bis hin zur Schädlingsprophylaxe in der Praxis weitgehend nachvollzogen und durch die entsprechenden Nachweisdokumente belegt werden. Bei der Lagerhaltung und der Wareneingangsprüfung zeigte sich ein geringfügiger Verbesserungsbedarf. Die Wäscheversorgung sowie die Unterhaltsreinigung sind fremd vergeben. Die kompetente Leistungserbringung wird von der HBL nachweislich in Stichproben überprüft. Reklamationen werden schriftlich erfasst und systematisch bearbeitet. (Siehe Abschnitt 8)

Im Verfahren wurden in der Hauptverwaltung folgende Bereiche überprüft:

Der Bereich Personal/EDV wurde zum 01.06.2011 um eine neu geschaffene Stelle „Assistenz der Personalleitung“ bereichert. Eine Stellenbeschreibung liegt hierzu noch nicht vor. Der zugehörige QMH-Prozess wurde vor Kurzem überarbeitet. Der Zugriff auf die jeweilige Stellenbeschreibung erfolgt zukünftig via EDV. Die Mitarbeiterin ist derzeit nachweislich in der Einarbeitungsphase. Eine aus den erkannten Verbesserungspotentialen des internen Audits 2011 resultierende Maßnahmenplanung dieses Bereichs und seinen Schnittstellen steht noch aus.

Im Bereich Einkauf/Bauwesen konnte das Lieferantenmanagement einschließlich Qualitätssicherungsgespräch sehr gut dargelegt werden. Das zum Projektmanagement in der Stichprobe geprüfte Projekt „Umbau / Neubau Phillip-Paulus-Heim konnten teilweise nachvollzogen werden.

Zum 01.04.2011 hat der neu gewählte Vorsitzende der Konzern-MAV sein Büro in der Hauptverwaltung bezogen. Dieser bestätigt ein gutes Betriebsklima im Konzern. Die 2-3 wöchentlich stattfindenden Besprechungen mit der Geschäftsführung und nach Bedarf weiteren leitenden Mitarbeitern werden durch Protokolle belegt. Die von Seiten der KoMAV wahrgenommenen Verbesserungsbereiche Mitarbeiterpflege / Gesundheitsfürsorge wurden bereits im Projekt „Chronos“ aufgegriffen.

Akzeptabel (Hinweis)

H 13: Für Entwicklungsprojekte muss ein Plan vorliegen, der die einzelnen Phasen des Projekts wiedergibt (ISO 9001, 7.3.1 Entwicklungsplanung) und bewertbar macht (ISO 9001:7.3.4 Entwicklungsbewertung). Im Sinne eines Entwicklungsprojekts („Junge Pflege“) muss das aktualisierte Hauskonzept (ISO 9001, 7.3.3 Entwicklungsergebnis) vor dem detaillierten Bauplan vorliegen, um sicherzustellen, dass der Bau vom Betrieb abhängt und nicht umgekehrt. Das Bauprojekt muss in allen seinen Phasen aktualisiert (ISO 9001, 7.3.7 Entwicklungsänderungen) vorliegen.

H 14: Die Wareneingangskontrolle muss nachweislich erfolgen. (ISO 9001:2008, 7.4.3)

H 15: Angebrochene Lebensmittel müssen geschlossen verwahrt und wenn umgefüllt beschriftet sowie mit Mindesthaltbarkeitsdatum versehen werden (ISO 9001:2008, 7.5.1)

H 16: Es muss gewährleistet sein, dass alle verordneten Medikamente dem Bewohner zeitnah zur Verfügung stehen. (ISO 9001:2008, 7.5.1)

H 17: Es muss gewährleistet werden, dass die Pflegedokumentation vollständig und aktuell ist. Dabei muss auch der Verlauf nachvollziehbar sein, wie z.B. im Bereich des Schmerzmanagements (ISO 9001:2008, 7.5.3)

H 18: Die im Dienstplan verwendeten Kürzel müssen in der Legende erläutert sein. (ISO 9001:2008, 7.5.3)

Empfehlungen

E 8: Die Hauptverwaltung sollte ihre Dienstleistungen für ihre Einrichtungen überprüfen und ggf. auch diese Dienstleistungen listen. Wenn die Hauptverwaltung bestimmte Dienste verspricht, wie z.B. persönliche Beratung für VerwaltungsmitarbeiterInnen in bestimmten Bewohnertaschengeld-Fragen, dann sollten diese Dienste auch geleistet werden. Wenn die Hauptverwaltung die Dienstleister der Einrichtungen anschreibt, dann sollten die Einrichtungen auch den Brief kennen. (ISO 9001:2008, 7.1)

E 11: Die Einhaltung der Personalhygiene im Bereich der Pflege sollte regelmäßig überprüft werden. (ISO 9001:2008, 7.5)

8 Messung, Analyse und Verbesserung

Feststellungen

Bezüglich der Messung und Überwachung von Kundenzufriedenheit, QM-System, Prozessen und Produkten gibt es einen unterschiedlichen Erfüllungsstand. Bezüglich der Erhebung der Zufriedenheit der Kunden, d.h. der BewohnerInnen, ihrer Angehörigen und der gesetzlichen Betreuer gibt es zwar alltägliche Begegnungen und auch Rückmeldungen. Sie sind jedoch z.T. nicht so systematisiert, dass sich daraus klare messbare operative oder strategische Ziele ableiten lassen. Es gibt auch ein System für die Aufnahme und die Bearbeitung von Beschwerden und Reklamationen, das von den Angehörigen jedoch eher zurückhaltend wahrgenommen wird. Interne Audits werden regelmäßig durchgeführt und konnten eingesehen werden. Für den Bereich der Pflegeziele und -ergebnisse sowie der Qualität der Prozesse gibt es die Pflegevisiten, die jedoch in den drei auditierten Einrichtungen nur im Ansatz belegt sind. (ISO 9001:2008, 8.2)

Fehlermeldungen werden sowohl schriftlich wie mündlich erhoben. Die Fehler und Beschwerden werden von den Einrichtungen und von der QM-Beauftragten aufgezählt. In der Managementbewertung nimmt diese Auszählung relativ großen Raum ein (S.10). (ISO 9001:2008, 8.3)

Die Datenanalyse bezüglich der Themenbereiche Trends von Produkten und Prozessen und die Leistungsfähigkeit der Lieferanten der EAH findet sich teilweise in der Managementbewertung wieder. Die Bewohnerzufriedenheit wird eher anekdotisch abgearbeitet. (ISO 9001:2008, 8.4)

Der Verbesserungsprozess mit den Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen ist zwar im Gange, wie mit dem Projekt „Effizienzsteigerung in der Verwaltung“ und seinen vier Unterprojekten exemplarisch anhand der Taschengeldregelung nachvollzogen werden *konnte*. Weitere Projekte wie „Chronos“ und die Aufzählungen in der Jahresplanung für 2011 zeigen, wie viele auch umfangreiche Neuerungen engagiert auf den Weg gebracht werden. Auch die Bauprojekte sind teilweise Vorbeugungsmaßnahmen. Das Controlling dieser Projekte wird jedoch nicht über entsprechende Maßnahmenpläne besorgt, die einen genauen Überblick über den derzeitigen Stand und ein gezieltes Gegensteuern erlauben würden. Das Qualitätscontrolling könnte im Vergleich zum Finanzcontrolling verbessert werden. Das betrifft auch das Risikomanagement des Trägers bezüglich der Qualität. (ISO 9001, 8.5)

Unkritische Abweichung

UA 1: Die Kundenzufriedenheit in den Einrichtungen wird nicht systematisch gezielt erhoben und analysiert (ISO 9001:2008, 8.4 und 8.2.1)

UA 2: Für Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen liegen keine Pläne vor. (ISO 9001:2008, 8.5.2 und 8.5.3)

Akzeptabel (Hinweis)

H 19: Der Auditprozess der EAH muss evaluiert werden (ISO 9001:2008, 8.2.2)

H 20: Für Fallbesprechungen muss eine verbindliche Regelung vorliegen. (ISO 9001:2008, 8.2.3 und 8.2.4)

Empfehlungen

E 12: Maßnahmen zu Verbesserungspotenzialen aus dem Internen Audit sollten zeitnah eingeleitet werden. (ISO 9001:2008, 8.2.2 und 8.5.2)

E 13: Die Risikoerfassung in der Pflege sollte, so wie von der EAH vorgegeben, alle drei Monate erfolgen. (ISO 9001:2008, 8.5.3)

E 14: Auf der Managementebene könnten die gängigen Managementwerkzeuge zur Risiko-Analyse (wie z.B. SWOT-Analyse, FMEA oder Kartenabfrage) eingesetzt werden. (ISO 9001:2008, 8.5.3)

E 15. Pflegevisiten sollten regelmäßig und achweislicher erfolgen (ISO 9001, 8.2.3)

Auditergebnis im Überblick		nicht relevant	0	1	2	3	4
4	Qualitätsmanagement						
4.1	Allgemeine Anforderungen				X		
4.2	Dokumentationsanforderungen				X		
5	Verantwortung der Leitung						
5.1	Verpflichtung der Leitung				X		
5.2	Kundenorientierung					X	
5.3	Qualitätspolitik					X	
5.4	Planung				X		
5.5	Verantwortung, Befugnis, Kommunikation				X		
5.6	Managementbewertung				X		
6	Management von Ressourcen						
6.1	Bereitstellung von Ressourcen					X	
6.2	Personelle Ressourcen				X		
6.3	Infrastruktur					X	
6.4	Arbeitsumgebung				X		
7	Produktrealisierung (Realisierung der DL)						
7.1	Planung der Produktrealisierung (DL)					X	
7.2	Kundenbezogene Prozesse				X		
7.3	Entwicklung				X		
7.4	Beschaffung					X	
7.5	Produktion und Dienstleistungserbringung				X		
7.6	Lenkung von Überwachungs- u. Messmitteln					X	
8	Messung, Analyse und Verbesserung						
8.1	Allgemeines				X		
8.2	Überwachung und Messung			X			
8.3	Lenkung fehlerhafter Produkte					X	
8.4	Datenanalyse			X			
8.5	Verbesserung			X			

Legende:

0=kritische Abweichung	1=unkritische Abweichung	2=akzeptabel	3=gut erfüllt	4=sehr gut erfüllt	nr =nicht relevant
------------------------	--------------------------	--------------	---------------	--------------------	--------------------

Einreichung von Unterlagen erforderlich (siehe Abweichungsbericht) bis zum: 14.10.11

Nächster Termin (innerhalb der nächsten 12 Monate): Mai 2012

Auditor, Datum gez. Claus Offermann, [28.07.2011](#)

Co-Auditor, Datum gez. Petra Benesch, [28.7.2011](#)

Bewertungsgrundlagen

Kritische Abweichung (0)

Eine oder mehrere einzelne sich gegenseitig kritisch beeinflussende Prozessabweichungen gefährden das QM-System. Das System arbeitet mit Risiken, gefährdet sich selbst, Kunden und Mitarbeiter. Die Zertifikatserteilung oder Aufrechterhaltung des Zertifikats erfolgt erst nach Verifizierung der Korrekturmaßnahmen durch Nachaudit vor Ort oder Prüfung eingereicherter Nachweise. Es ist darauf zu achten, dass die Abweichung eindeutig formuliert wird und nicht die Behebung der Abweichung vorgegeben wird. Unter „Auditergebnis im Überblick“ ist eine Einstufung von 0 vorzunehmen. Wichtig: Sämtliche Abweichungen müssen vor der Zertifikatserteilung behoben sein.

Unkritische Abweichung (1)

Das System funktioniert ohne Risiken. Der einzelne Prozess ist etabliert, jedoch nur in Ansätzen umgesetzt.

Zertifikatserteilung oder Aufrechterhaltung des Zertifikats erst nach Verifizierung des Nachweises der Behebung der Abweichung oder auf Grund von eingereichten Maßnahmenplänen, die im darauf folgenden Audit verifiziert werden. Unter „Auditergebnis im Überblick“ ist eine Einstufung von 1 vorzunehmen.

Akzeptabel, Hinweis (2)

Der Prozess läuft ohne größere Störungen, Unsicherheiten sind an einzelnen Stellen zu beobachten. die Verifizierung kann während des nächsten Audits erfolgen. Für Hinweise zur Beseitigung erkannter Schwachstellen ist die Formulierung „muss“ (unter Anderem gesetzliche Auflage, Vorgaben der Organisation z.B. VA oder konkrete ISO 9001-Vorgabe) oder „wird im nächsten Audit nachvollzogen“ zu verwenden, wobei unter „Auditergebnis im Überblick“ eine Einstufung von 2 vorzunehmen ist. Wichtig: Diese Hinweise sind unbedingt vom Unternehmen zu beachten!

Gut erfüllt, Empfehlung (3)

Trotz guter Arbeit kann es noch Empfehlungen geben. Für Hinweise in Form von Empfehlungen sind die Formulierungen „könnte“ und „sollte“ zu verwenden, wobei unter „Auditergebnis im Überblick“ eine Einstufung von 3 vorzunehmen ist. Bitte versuchen Sie als Auditor/in mindestens drei Empfehlungen zu diesem Hauptkapitel zu geben.

Sehr gut erfüllt, evtl. Empfehlung (4)

Vorbildliche Umsetzung der Anforderungen und der Weiterentwicklungsprozesse. Unter „Auditergebnis im Überblick“ ist eine Einstufung von 4 vorzunehmen.

Empfehlungen können bei allen Einstufungen unter „Auditergebnis im Überblick“ gegeben werden.